



6040-7. PREDICTORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS EMBÓLICO DE ORIGEN INDETERMINADO

Elena Murciano Marqués¹, Adrián Riaño Ondiviela², Jorge Melero Polo¹, Isabel Montilla Padilla¹, Mercedes Cabrera Ramos¹, Paula Murciano Marqués³, Javier Ramos Maqueda¹ y José Ramón Ruiz Arroyo¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ²Hospital de Barbastro, (Huesca) y ³Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: Los ictus cardioembólicos de origen indeterminado (ESUS) suponen entre 20-40% de los ictus isquémicos y se postula que su gran mayoría sea secundaria a episodios de fibrilación auricular (FA) no documentada. El coste de los dispositivos de *holter* implantable, complica un uso generalizado por lo que es de interés identificar predictores de FA subclínica, para poder seleccionar aquellos pacientes que más se beneficiarían de su implante, para un diagnóstico precoz e inicio de anticoagulación. El objetivo principal del estudio es determinar parámetros electrocardiográficos que permitan predecir el diagnóstico de FA en pacientes que han padecido un ESUS.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, unicéntrico, incluyendo pacientes con diagnóstico de ESUS entre agosto de 2015 y marzo 2021 con implante de Holter insertable.

Se excluyeron pacientes menores de 18 años o mayores de 90 años, con FA documentada previamente o durante el ingreso y con fuentes cardioembólicas de alto riesgo.

Resultados: Se incluyó un total de 94 pacientes con diagnóstico de ESUS con una mediana de seguimiento de 40 meses y se detectó FA en 53 pacientes (56,4%). Ambos grupos fueron comparables en cuanto a sus características basales, que se muestran en la tabla. Se objetivó que el bloqueo interauricular completo se relacionaba de forma estadísticamente significativa con la detección de FA (15% FA vs 1,5% no FA, $p = 0,04$), así como el BAV primer grado (22,5% FA vs 5,7% no FA, $p = 0,02$). Hubo una tendencia sin llegar a la significación para la variable de una onda P de duración mayor de 120 ms ($p = 0,09$). Por el contrario, no se objetivó relación con un intervalo QT corregido alargado ($p = 0,19$).

Características basales y electrocardiográficas de la muestra total y en función de que presentaran o no FA en el seguimiento

Total	Paciente que no desarrollaron FA en el seguimiento	Paciente que desarrollaron FA en el seguimiento	p
-------	--	---	---

n = 94	N = 41 (43,6%)	n = 53 (56,4%)		
Edad, años	74,03 ± 9,76	72,09 ± 10,6	76,54 ± 8	0,23
Varón	48 (51,1)	28 (52,8)	20 (48,8)	0,70
Fumador	14 (14,9)	5 (9,4)	9 (22)	0,91
Hipertensión	63 (67)	32 (60,4)	31 (75,6)	0,12
Dislipemia	47 (50)	30 (56,6)	17 (41,5)	0,14
Diabetes	24 (25,5)	16 (30,2)	8 (19,5)	0,24
Hipotiroidismo	9 (9,6)	3 (5,7)	6 (14,6)	0,17
ACV previo	26 (27,7)	14 (26,4)	12 (29,3)	0,76
CI previa	7 (7,4)	5 (9,4)	2 (4,9)	0,46
CHA2DS2-VASc media	3,38 ± 1,73	3,15 ± 1,85	3,68 ± 1,52	0,14
CHAD ₂ DS ₂ -VASc más/igual 3	67 (71,3)	34 (64,2)	33 (80,5)	0,09
Filtrado glomerular 60	19 (20,2)	7 (13,2)	12 (29,3)	0,06
Onda P > de 120 ms	20 (21,5)	8 (15,1)	12 (30)	0,09
Bloqueo interauricular	7 (7,5)	1 (1,9)	6 (15)	0,04
BAV de primer grado	12 (12,9)	3 (5,7)	9 (22,5)	0,02
Intervalo QT > 440 ms	26 (28)	12 (22,6)	14 (35)	0,19

Los resultados se expresan en n (%) y media ± desviación estándar. FA: fibrilación auricular. ACV: accidente cerebrovascular. CI: cardiopatía isquémica. BAV: bloqueo auriculoventricular.

Conclusiones: En nuestra muestra, el bloqueo interauricular completo y bloqueo auriculoventricular de primer grado se relacionaron de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de fibrilación auricular.